

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE – UFRN
ESCOLA DE SAÚDE – ESUFRN
SECRETARIA DE EDUCAÇÃO À DISTÂNCIA – SEDIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO DE PRECEPTORIA EM SAÚDE

**RESSIGNIFICANDO O ENSINO-APRENDIZAGEM DA RESIDÊNCIA MÉDICA
NO ATENDIMENTO ÀS PUÉRPERAS DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO**

GRACIETE HELENA NASCIMENTO DOS SANTOS

SÃO LUÍS – MA

2020

GRACIETE HELENA NASCIMENTO DOS SANTOS

**RESSIGNIFICANDO O ENSINO-APRENDIZAGEM DA RESIDÊNCIA MÉDICA
NO ATENDIMENTO ÀS PUÉRPERAS DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao
Curso de Especialização de Preceptoría em
Saúde, como requisito final para obtenção do
título de Especialista em Preceptoría em Saúde.

Orientadora: Profa. Ângela Cristina Freire
Diógenes Rego

SÃO LUÍS - MA

2020

RESUMO

Introdução: A formação profissional durante a residência médica é mais que treinamento, é um processo educacional, e a visita médica à beira do leito constitui-se pedra angular para a aprendizagem clínica. **Objetivo:** Elaborar um plano de preceptoria utilizando as metodologias ativas para uma enfermaria de puerpério. **Metodologia:** Plano de Preceptoria para o puerpério do Hospital Universitário–UFMA, com 65 leitos, quatro médicos obstetras, dez médicos residentes, duas enfermeiras, uma psicóloga e uma assistente social, implantando Visita Beira-leito Interdisciplinar, Preceptoria Minuto e o mini-CEX. **Considerações finais:** A visita é oportunidade única para desenvolver não somente técnica, mas habilidades de comunicação, empatia e ética, e precisa ser valorizada.

Palavras-chave: Educação médica; Metodologias ativas; Avaliação

1 INTRODUÇÃO

O ensino médico na graduação e pós-graduação tem sido objeto de intensa produção acadêmica nacional e internacional, tendo como um de seus principais temas o delicado equilíbrio entre foco no conhecimento científico, raciocínio clínico, desenvolvimento de habilidades práticas e formação do caráter, ética e profissionalismo (SWICK et al,1999; BRANCH et al, 2001 e GOMES; REGO, 2011).

Segundo Botti (2010, pág. 133) “ainda se busca o equilíbrio entre a formação científica oferecida pelas faculdades e uma formação que desenvolva as competências e habilidades indispensáveis à prática médica”. Assim, a qualidade da prática médica deve ser a soma das habilidades tecnocientíficas conquistadas ao longo dos anos aliadas ao desenvolvimento de habilidades ético-humanísticas (GOMES; REGO, 2011).

Na nova ciência da aprendizagem, aprender significa agir de maneira diferente. Encarar a formação profissional durante a residência médica como um processo educacional é considerá-la algo mais que um treinamento. E esse processo se baseia no desenvolvimento coordenado de diversas formas de conhecimentos e habilidades, e na aquisição de atributos técnicos e relacionais (BOTTI, 2010).

Durante a residência, a aprendizagem deve ser significativa, com seus objetivos bem explícitos, para que possa motivar o residente (TEUNISSEN, 2007). Simon (2000, pág. 118) falando sobre educação em geral, afirma que a motivação pode vir da descoberta, do deixar descobrir, e o oferecimento de um ambiente no qual novos conhecimentos e habilidades

são obtidos regularmente é um ponto essencial. Teunissen (2007, pág. 1056) afirma que “um bom caminho a seguir é, então, orientar o médico recém-formado a fazer sucessivas descobertas e ofertar exemplos que o façam perceber a existência de alguns padrões, para tomar atitudes pertinentes; e deixar bem claros os objetivos da aprendizagem”. Botti (2010, pág. 136) pontua que “além disso, a residência pode ser um espaço para se aprender a habilidade de utilizar várias abordagens na resolução de um caso clínico, o que faz parte da expertise médica”

No entanto, ao se enfrentar o cotidiano dos serviços de saúde, ainda existe uma distância entre o que é preconizado e o que é realizado ou por problema do próprio método, por falta de preparo pedagógico dos preceptores ou relacionado à questão de falta de investimento na área de competência de gestão e organização dos serviços de saúde, no processo do curso, para que os egressos possam lidar criticamente com os obstáculos que surgem por conta do distanciamento entre cotidiano e política de saúde (MARIN, 2010).

A questão que se quer abordar neste plano de preceptoria diz respeito à visita médica beira leito no Alojamento Conjunto (enfermaria de puerpério).

As visitas médicas à beira do leito são consideradas a pedra angular para a educação clínica e são de vital importância para o treinamento das futuras gerações de médicos, por dar oportunidades para que o estudante possa tomar a história clínica do paciente, observar os achados do exame físico e ter modelo de profissionalismo (MOORADIAN, 2001, pág. 200).

A visita médica à beira do leito é uma atividade essencial para a aprendizagem clínica dos estudantes e residentes de Medicina e seus benefícios são numerosos. Apesar disso, sua utilização para atividades de ensino aprendizagem vem diminuindo (RAMANI, 2003).

Na nossa maternidade a visita médica tornou-se atividade enfadonha e distante, os residentes passam a visita com seus conhecimentos prévios e o preceptor limita-se a tirar suas dúvidas no espaço destinado à prescrição, limitando a visita ao leito em alguns casos de maior complicação. A atividade torna-se monótona, não só para o residente, mas também para o próprio preceptor, culminando em frustração e desmotivação generalizada.

Perde-se oportunidade ímpar de contato com a paciente. Sabemos que a atenção pré-natal e puerperal deve incluir ações de promoção e prevenção da saúde, além de diagnóstico e tratamento adequado dos problemas que possam vir a ocorrer nesse período e “faz-se necessário: construir um novo olhar sobre o processo saúde/doença, que compreenda a pessoa em sua totalidade corpo/mente e considere o ambiente social, econômico, cultural e físico no qual vive” (BRASIL, 2005, pág. 7).

A literatura, apesar de escassa no estudo desse tipo de atividade, aponta para a necessidade de melhor preparo dos preceptores envolvidos com as visitas médicas e para o desenvolvimento de novos modelos educacionais que nelas possam ser utilizados visando um maior rendimento dos estudantes de Medicina (PRADO, 2009).

O estudante engajado promove discussões mais substantivas, sendo este um dos fatores que aumenta sua satisfação com as visitas médicas. Está demonstrado que quanto maior o envolvimento do estudante com a visita médica, maior será o seu aprendizado. Esse debate desperta o pensamento para a adoção de modelos pedagógicos mais ativos para a educação dos residentes de medicina na visita médica à beira do leito (HEGLA, 2009, pág 12).

Pretende-se nesse projeto incluir metodologias ativas na visita beira leito. Para Berbel (2011, pág. 29) “as metodologias ativas são processos que objetivam estimular a autoaprendizagem e a curiosidade aluno para pesquisar, refletir e analisar possíveis situações para tomada de decisão, tendo o professor, no caso o preceptor como facilitador desse processo”. Geram motivação, e esta motivação intrínseca é considerada um determinante do nível e da qualidade do aprendizado. Um estudante motivado está muito mais envolvido no processo de aprendizagem (GUIMARÃES, 2004).

Diante desse cenário, considera-se urgente propor um plano de preceptoria para ser aplicado no Alojamento Conjunto, visando aplicar metodologias mais estimulantes e participativas, acompanhadas de avaliação formativa atitudinal e com instrumento apropriado que, com certeza, levarão à melhora da qualidade da assistência, maior comprometimento e maior satisfação da equipe e das usuárias.

2 OBJETIVO

2.1 OBJETIVO GERAL

Elaborar um plano de preceptoria utilizando as metodologias ativas para enfermaria de puerpério do HUUMI-UFMA.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Definir as metodologias ativas a serem utilizadas na visita médica beira-leito;
- Indicar o método para motivação do residente ao estudo individual após a visita médica;
- Apresentar os instrumentos de avaliação que serão utilizados ao final.

3 METODOLOGIA

3.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um projeto de intervenção no formato de um plano de preceptoria, que será realizado nas enfermarias de Alojamento Conjunto (ALCON) do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão – Unidade Materno Infantil (HUUMI).

3.2 LOCAL DO ESTUDO / PÚBLICO ALVO / EQUIPE EXECUTORA

O Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão é um órgão da administração Pública Federal que tem por finalidade englobar assistência, ensino, pesquisa e extensão na área de saúde e afins, constituindo-se em centro de ensino e pesquisa para a formação de profissionais das áreas de saúde e outras áreas correlatas, sendo referência estadual para procedimentos de alta e média complexidade. Possui 534 leitos no total, divididos entre duas unidades: Unidade Presidente Dutra e Unidade Materno Infantil. Na Unidade Presidente Dutra são oferecidos os serviços assistenciais em Clínica Médica, Clínica Cirúrgica, Ambulatórios Especializados, Neurocirurgia, Traumato-ortopedia, Obesidade, Transplantes, Hemodinâmica, UTI Geral e Cardíaca, Litotripsia, Terapia Renal Substitutiva e outros. A Unidade Materno Infantil (HUUMI) oferece assistência integral à mulher e à criança com os serviços de UTI Neonatal (20 leitos), Unidade de Cuidados Intermediário Neonatal (22 leitos), UTI Pediátrica (10 leitos), Centros Cirúrgicos Infantil e Gineco-Obstétrico, Enfermaria de Cirurgia Ginecológica (16 leitos), Enfermaria de Gestação de Alto Risco (16 leitos), Enfermarias de Alojamento Conjunto (ALCON), Ambulatórios de Ginecologia Geral e Cirúrgica, Mastologia, Patologia do Trato Genital Inferior, Dor Pélvica Crônica, Planejamento Reprodutivo, Ambulatórios de Pré-natal especializado, Imunização, Doenças Infecto-parasitárias (DIP) e outros. O serviço de Obstetrícia atende as mulheres de Alto Risco na gravidez, bem como as de risco habitual de quatro unidades de bairros próximos, e possui pré-natal, setor de Classificação de Risco e Acolhimento, doze leitos PPP (pré-parto, parto e pós-parto), duas salas de cirurgia, seis leitos recuperação pós anestésica (RPA) e 65 leitos no Alojamento Conjunto (ALCON) onde ficam as pacientes pós-parto ou abortamento do HUUMI até a alta, setor específico para onde foi planejada esta intervenção.

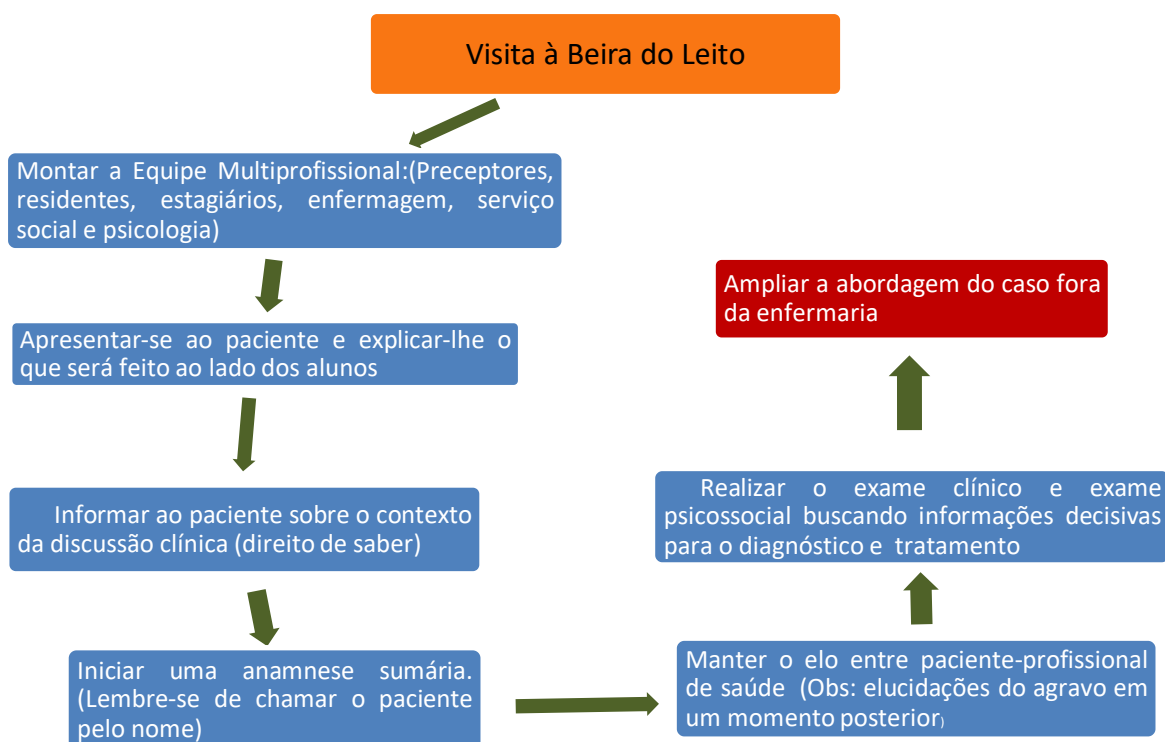
Os atores envolvidos serão quatro médicos obstetras que passam visita no ALCON, dez médicos residentes do primeiro ano do Programa de residência médica em Ginecologia e Obstetrícia (GO), duas enfermeiras do ALCON, uma psicóloga e uma assistente

social. A estrutura necessária constitui-se somente de uma sala arejada que comporte cerca de dez pessoas para discussão, além dos instrumentos propostos impressos.

3.3 ELEMENTOS DO PLANO DE PRECEPTORIA

Pretende-se realizar intervenções em três etapas da rotina do preceptor durante a visita ao ALCON:

- DURANTE A VISITA – realizar Visita Beira-leito qualificada e interdisciplinar seguindo o fluxo proposto abaixo, de forma a estimular o raciocínio clínico, o comportamento, o trabalho em equipe multidisciplinar, bem como a postura ética e humana dos residentes, já que essa é uma atividade que requer sensibilidade, empatia e equilíbrio quanto a expressões de individualidade e de solidariedade (GRINBERG, 2010).



Fonte: CORNETTA, M.C.M.; ALVES, E.C. Ambiente hospitalar: ensino na prática. Unidade 2: O Ensino e as Atividades Práticas no Hospital Escola p 13. In: Curso de especialização em preceptoria em saúde. Universidade Federal do Rio Grande do Norte

- NA DISCUSSÃO APÓS A VISITA, fora da enfermaria, com o preceptor mediador revisando os principais pontos identificados durante a visita, abordando

aspectos relacionados à internação, evolução, diagnóstico diferencial, observando os exames pertinentes e prognóstico para a construção de um plano terapêutico para a paciente visitada observando as contribuições das outras áreas envolvidas, além de focar a medicina preventiva.

Será utilizado na discussão com os residentes médicos o modelo denominado Preceptoria Minuto ou Preceptoria em um Minuto (*One-Minute Preceptor*) (OMP) descrito em 2003, por Neher e colaboradores e desenvolvido para ser usado quando um estudante ou residente, após avaliar um caso clínico, solicita auxílio de seu preceptor para a solução de um ou mais aspectos. O método envolve a elaboração de cinco etapas fundamentais em forma de questionamentos (denominados *microskills*), que apresenta-se a seguir:

1- Comprometimento com o caso (utilizar perguntas abertas: “O que você acha que está acontecendo com o paciente?” ou “qual a sua opinião “Qual a sua idéia sobre a conduta a ser tomada, o que você faria?”);

2- Busca de evidências concretas (questionando o aluno ou residente sobre os motivos que o levam a definir tal diagnóstico ou conduta: “Por que você acha isso?” ou “O que mais você considera a respeito deste caso?” Esta segunda habilidade leva o aluno à busca do conhecimento teórico que ele tem. Isso lhe dará a oportunidade de descobrir o que não sabe (desenvolver a metacognição) para pesquisar a resposta, minando a dissociação entre o conhecimento teórico e a aprendizagem prática.

3- Ensino de regras gerais: O conhecimento sobre determinado assunto é mais bem transmitido e memorizado quando são introduzidas regras gerais e preceitos amplos, ao invés de informações detalhadas e o melhor caminho ao bom preceptor é iniciar com conhecimentos básicos e progredir com assuntos mais complexos, à medida que as habilidades dos alunos também aumentam.

4- Reforço do que está correto: prover-lhe *feedback* positivo é uma excelente maneira de aumentar sua autoconfiança e estimulá-lo a buscar novos conhecimentos;

5- Correção de potenciais erros. Erros não corrigidos apropriadamente têm maior tendência a se repetirem. Obviamente, com todo esforço para tornar esta correção o menos desagradável possível. Sugestões para a busca de novas estratégias, abertura para a possibilidade de uma autocrítica, bem como sugestões de leituras específicas para discussões posteriores são excelentes maneiras de correção de

erros neste processo. Sempre o positivo deve anteceder-lo, e a linguagem utilizada deve ser sempre descritiva, por exemplo: “sua síntese deveria ter abordado ainda isso ou aquilo” (CHEMELLO et al,2009, pág. 665).

- **NAS AVALIAÇÕES – AVALIAÇÃO NO LOCAL DO TRABALHO, NO AMBIENTE REAL:** Essa forma de avaliação conta com algumas ferramentas e, neste plano de intervenção, será utilizado o mini exercício clínico avaliativo (*mini-clinical evaluation exercise* – mini-CEX) usado corriqueiramente por várias escolas, especialmente para a avaliação dos estágios finais do curso e da residência, ou seja, realizado com muita frequência por preceptores. Será usado para registro um instrumento estruturado do tipo checklist, com pontuação em forma de escala do tipo Likert, adaptada por Feitosa (2015), já que a escala anterior tinha valores somente até 9. Os resultados de 1 a 3 pontos serão considerados abaixo do esperado ou insatisfatório, de 4 a 7, adequados ou satisfatórios, e de 8 a 10, acima do esperado. Durante o encontro, o preceptor registrará qual o foco da avaliação, se anamnese, exame físico ou tratamento, observará o desempenho do aluno por meio da demonstração de suas competências no atendimento de um paciente real (durante 15 minutos, sem mudar a rotina do trabalho do setor ou do próprio aluno/residente) e, para finalizar, ele faz o feedback (com duração aproximada de 5 minutos) imediatamente após o atendimento, o que confere impacto educacional ao método e completa o ciclo no processo ensino-aprendizagem (NORCINI et al, 2003; MEGALE et al 2009; SOUZA, 2012). Será aplicado , no HUUMI, o instrumento utilizado no Departamento de Tocoginecologia da UFRN (2019) para a avaliação dos residentes (Anexo 1) e pretende-se aplicá-lo bimensalmente, por dois avaliadores diferentes em cada ocasião. O instrumento de avaliação estruturada parece ser adequado tanto para os avaliadores quanto para os avaliados e usado como um guia de observação e também como uma ferramenta de feedback.

3.4 FRAGILIDADES E OPORTUNIDADES

- Como fragilidade tem-se o fato de só existir uma preceptora, no caso a própria autora deste plano, então será necessário sensibilizar e treinar os outros obstetras para aplicação dos métodos propostos. Outra fragilidade é a falta de espaço físico

na unidade e será necessário utilizar uma sala fora da área das enfermarias para as discussões, além da pandemia em curso reduzir os contatos interpessoais.

- Como oportunidade verifica-se o fato de receber uma turma nova de residentes e também a equipe multidisciplinar ter interesse em melhorar a qualidade da visita.

3.5 PROCESSO DE AVALIAÇÃO

Deve-se fazer uso no HUUMI do instrumento utilizado no Departamento de Tocoginecologia da UFRN (2019) para a avaliação dos residentes (Anexo 1), através do qual são observadas sete competências: capacidade de fazer uma boa anamnese; eficiência e cortesia na realização do exame físico; profissionalismo e qualidades humanísticas; raciocínio clínico; aconselhamento e orientação, com observação da necessidade de conforto físico e psíquico da paciente (relação médico-paciente); organização e eficiência na realização das atividades e, por fim, competência clínica global. Esta avaliação será aplicada bimensalmente, por dois avaliadores diferentes em cada ocasião com feedback imediato a seguir.

Para avaliação dos preceptores será utilizado um instrumento da Universidade Federal da Bahia intitulado “AVALIAÇÃO DO PRECEPTOR PELO MÉDICO-RESIDENTE” (Anexo 2), através do qual são avaliados assiduidade, pontualidade, capacidade teórica, didática, disponibilidade, relacionamento com o grupo e facilitação da participação dos residentes nas atividades, com aplicação antes do início da intervenção e ao final do período do residente avaliador na enfermaria. Será realizada uma pequena adaptação ao instrumento com o acréscimo de um item para avaliação da habilidade de comunicação do preceptor com as pacientes e acompanhantes.

No período de implantação do projeto também serão realizadas reuniões bimensais entre os preceptores para avaliar necessidades de melhoria ou adaptações dos métodos e instrumentos propostos.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Apesar dos avanços tecnológicos, a história clínica, o exame físico e a relação médico-paciente continuam sendo as mais importantes ferramentas diagnósticas e terapêuticas.

Há uma necessidade premente de mudança da rotina mecanicista, automática e desinteressante das visitas médicas atuais, passando encará-las como oportunidade ímpar que são para desenvolver nos residentes não somente técnica e conhecimentos, mas também habilidades de comunicação e relações humanas em saúde. Para além da curiosidade científica, transmitir-lhes atitude ética e empática e comportamento humanizados, fazendo com que enxerguem muito mais nas pacientes do que simples portadoras de patologias, mas contemplem suas necessidades e vivências. Demonstrou-se em estudo recente que discentes valorizam a preceptoria médica e que avaliam positivamente as habilidades não cognitivas relacionais, a didática, o conhecimento do tema e a paixão pelo magistério como comportamentos fundamentais para estimular formação reflexiva (FRANCO et al, 2013).

Há pequenas dificuldades em termos estruturais, que não suplantam as oportunidades para a implantação do projeto e, com a utilização de metodologias ativas e avaliação formativa dos residentes, percebe-se oportunidade real de transformação do cenário do ALCON do HUUFMA num ambiente de ensino vivo que sirva de motivação não só para aprendizado efetivo dos residentes, bem como para o desenvolvimento das habilidades dos obstetras como preceptores e estímulo de toda a equipe para a formação de novos ginecologistas e obstetras com percepções superiores da sua assistência.

REFERÊNCIAS

BERBEL, N.A.N. As metodologias ativas e a promoção da autonomia de estudantes. **Semina: Ciências Sociais e Humanas**, Londrina. v. 32, n. 1, p.25-40, 2011.

BOTTI, S.H.O; REGO, S. Processo ensino e a aprendizagem na Residência Médica. **Rev Brasil de Educ Méd.** v.34, n.1, p. 132-140, 2010.

BRANCH, W.T.; KERN, D.; HAIDET, P.; WEISSMANN, P.; GRACEY, C.F.; MITCHELL, G. et al. Teaching the human dimensions of care in clinical settings. **JAMA.** v. 286, p. 1067-1074, 2001.

BRASIL. Ministério da Educação. Secretaria de Ensino Superior. **Residência médica** [acesso em 20/03/2020]. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=12263&Itemid=506

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada – manual técnico**/Ministério da Saúde, Secretaria de

Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas – Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

CHEMELLO, D.; MANFRÓI, W.C.; MACHADO, C.L.B. O papel do preceptor no ensino médico e o modelo Preceptorial em um Minuto. **Revista Brasileira de Educação Médica**. v. 33, n. 4, p. 664 – 669, 2009.

CORNETTA, M.C.M. Abordagem Introdutória de Preceptorial em Saúde. Unidade 2: **Atividades do preceptor**. In: Curso de especialização em preceptorial em saúde. Universidade Federal do Rio Grande do Norte. p. 10 a 12

CORNETTA, M.C.M.; ALVES, E.C. Ambiente hospitalar: ensino na prática. Unidade 2: **O Ensino e as Atividades Práticas no Hospital Escola**. In: Curso de especialização em preceptorial em saúde. Universidade Federal do Rio Grande do Norte. p 11-13, 2019.

_____. Ambiente hospitalar: ensino na prática. Unidade 4: **Avaliação das Habilidades Clínicas do Aluno**. In: Curso de especialização em preceptorial em saúde. Universidade Federal do Rio Grande do Norte. p 11-13, 2019.

FEITOSA, T.A.F. **Proposta de implantação do método avaliativo de competências clínicas (MINI-CEX) na residência médica em doenças infecciosas da Universidade Federal do Rio Grande do Norte – UFRN**. 2015. Dissertação (Mestrado Profissional em Ensino na Saúde) –Universidade Federal do Rio Grande do Norte. 2015.

FRANCO, F.M.; MONTES, M.A.A.; SILVA, A.R. Visão discente do papel da preceptorial médica na formação dos alunos de Medicina. **Revista de Educação em Ciência e Tecnologia**. v.6, n.2, p. 229-249, junho 2013.

GOMES, A.P.; REGO, S. Transformação da educação médica: é possível formar um novo médico a partir de mudanças no método de ensino-aprendizagem? **Rev Bras Educ Méd**. 2011;35(4):557-566.

GUIMARÃES, S.E.R.; BORUCHOVITC, E. O estilo motivacional do professor e a motivação intrínseca dos estudantes: uma perspectiva da Teoria da Autodeterminação. **Psicologia: Reflexão e Crítica**. v. 17, n. 2, 2004.

HEGLA, V.F.M.P. **Comparação de duas metodologias de ensinoaprendizagem usadas na visita médica à beira do leito no Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira-IMIP**. 2009. 57 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Materno Infantil – Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira – IMIP, Recife,2009.

MARIN, M.J.S.; GOMES, R.; MARVULO, M.M.L. et al. Pós-graduação multiprofissional em saúde: resultados de experiências utilizando metodologias ativas. **Interface - Comunic Saude Educ.**, v.14, n.33,p.331-44, 2010.

MEGALE, L.; GONTIJO, E.D.; MOTTA, J.A.C. Avaliação de Competência Clínica em Estudantes de Medicina pelo Miniexercício Clínico Avaliativo (Miniex). **Revista Brasileira de Educação Médica**. v. 33, n. 2, p. 166-175, 2009.
33 (2): 166–175; 2009.

MOORADIAN, N.L.; CARUSO, J.W.; KANE, G.C. Increasing the Time Faculty Spend at the Bedside during Teaching Rounds. **Academic Medicine**. v.76, n.2, 2001.

NEHER, J.O.; STEVENS, N.G. The one-minute preceptor: shaping the teaching conversation. **Family medicine-kansas city**. v. 35, n. 6, p. 391-393, 2003.

NORCINI, J.J.; BLANK, L.L.; DUFFY, F.D.; FORTNA, G.S. The Mini-CEX: a method for assessing clinical skills. **Annals of Internal Medicine**. v. 138, n.6, p.476-81, Mar 2003.

PRADO, H.V.F.M. **Comparação de duas metodologias de ensino aprendizagem usadas na visita médica à beira do leito no Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira-IMIP**. Recife: Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira-IMIP, 2009. 57 p. Dissertação (Mestrado em Saúde Materno Infantil) - Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira-IMIP, Recife, 2009.

RAMANI, S. Twelve tips to improve bedside teaching. **Medical Teacher**. v. 25, 2003.

SIMON, H.A. Observations on the sciences of science learning. **J Appl Dev Psychol**. v. 21, n.1, p.115-121, 2000.

SOUZA, R. Atributos fundamentais dos procedimentos de avaliação. In: TIBÉRIO, I. F. L. C. et al. **Avaliação prática de habilidades clínicas em Medicina**. São Paulo: Atheneu, 2012. p. 1-11.

SWICK, H.M.; SZENAS, P.; DANOFF, D.; WHITCOMB, M.E. Teaching professionalism in undergraduate medical education. **JAMA**. v. 282, p. 830-832, 1999.

TEUNISSEN, P.W.; BOOR, K.; SCHERPBIER, A.J.J.A.; VAN DER VLEUTEN, C.P.M.; VAN DIEMEN-STEENVOORDE J.A.A.M.; VAN LUIJK, S.J. et al. Attending doctors' perspectives on how residents learn. **Med Educ**. v. 41, p. 1050–1058, 2007.

ANEXOS

Anexo 1 - Instrumento de Observação e Avaliação de Atendimento Clínico no Alojamento Conjunto

OBSERVAÇÃO DE ATENDIMENTO CLÍNICO	CASO NOVO	RETORNO
Nome do estudante:		
Nome do avaliador:		
Cenário:	<input type="checkbox"/> Ambulatório	<input type="checkbox"/> Enfermaria
		<input type="checkbox"/> PP/ Sala de parto

Idade da paciente:						
Motivo da internação:						
Complexidade do caso:	<input type="checkbox"/> Baixa	<input type="checkbox"/> Média	<input type="checkbox"/> Alta			
Foco do encontro:	<input type="checkbox"/> Anamnese/EF	<input type="checkbox"/> Evolução/Conduta	<input type="checkbox"/> Alta/Orientações			
Nº de vezes que a paciente foi vista pelo estudante	<input type="checkbox"/> Nenhuma	<input type="checkbox"/> 1 a 4	<input type="checkbox"/> 5 ou mais			
Anamnese () não observado	<ul style="list-style-type: none"> - Obtenção de informações adequadas - Facilita o paciente a contar a história clínica - Utiliza efetivamente os questionamentos para obter informação adequada e necessária - Responde apropriadamente 					
1 2 3 insatisfatório	4 5 6 satisfatório	7 8 9 acima do esperado				
Exame Físico () não observado	<ul style="list-style-type: none"> - Adequação com o problema clínico - Obedece sequência lógica, eficiente e correta - Informa a paciente sobre os passos realizados - Preocupa-se com o conforto, privacidade, modéstia da paciente - Faz interpretação/anotação correta dos dados obtidos 					
1 2 3 insatisfatório	4 5 6 satisfatório	7 8 9 acima do esperado				
Profissionalismo e Qualidades Humanísticas () não observado	<ul style="list-style-type: none"> - Demonstra respeito, compaixão, empatia - Estabelece confiança - Atende às necessidades da paciente de conforto, modéstia, confidencialidade, informação 					
1 2 3 insatisfatório	4 5 6 satisfatório	7 8 9 acima do esperado				
Raciocínio Clínico () não observado	<ul style="list-style-type: none"> - Aplica adequadamente recursos propedêuticos - Seleciona e solicita adequadamente exames complementares - Considera riscos e benefícios - Faz o diagnóstico correto - Formula o plano terapêutico adequado 					
1 2 3 insatisfatório	4 5 6 satisfatório	7 8 9 acima do esperado				
Aconselhamento e Orientação (Relação Médico-Paciente) () não observado	<ul style="list-style-type: none"> - Obtém consentimento da paciente (quando necessário) - Orienta/aconselha sobre a conduta - Preocupa-se com a apresentação e aconselhamento inicial - Demonstra atenção e interesse às queixas e informações verbais - Observa as necessidades para o conforto físico - Demonstra respeito à privacidade e adota postura ética - Demonstra envolvimento, compaixão, estabelece confiança (empatia) - Utiliza linguagem adequada ao entendimento, livre de jargões - Explica o diagnóstico, exames complementares e tratamento 					
1 2 3 insatisfatório	4 5 6 satisfatório	7 8 9 acima do esperado				
Organização e Eficiência () não observado	<ul style="list-style-type: none"> - Define prioridades observando o tempo da consulta - Demonstra raciocínio clínico satisfatório - Anotações em prontuário são adequadas - Organizado na realização de atividades 					
1 2 3 insatisfatório	4 5 6 satisfatório	7 8 9 acima do esperado				

Competência Clínica Global	- Demonstra síntese, cuidado, eficiência							
() não observado	- Avaliação no âmbito global							
1	2	3	4	5	6	7	8	9
insatisfatório			satisfatório			acima do esperado		

Fonte: Departamento de Tocoginecologia da UFRN (2019)

Anexo 2 – Instrumento de avaliação dos preceptores



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
COMPLEXO HOSPITALAR UNIVERSITÁRIO PROFESSOR EDGARD SANTOS
 Rua Augusto Viana, s/n, Canela, CEP: 40110-060, Salvador - Bahia
 Tel.: ++ 55 71 3283.8000



AVALIAÇÃO DO PRECEPTOR PELO MÉDICO-RESIDENTE (ADAPTADO)

- Não é necessário que você se identifique;
- Suas respostas pelo conjunto dos Preceptores, mas SÓ APÓS a publicação do seu conceito final ou do módulo;
- Os resultados obtidos serão utilizados para o aperfeiçoamento do PRM, a ser oferecido no próximo ano.

AVALIAÇÃO DO DESEMPENHO DO PRECEPTOR (registre o nome completo), Dr(a).

do PRM _____ setor _____

AVALIE O DESEMPENHO, POR MEIO DOS CRITÉRIOS E PESOS (0-Péssimo; 1-Ruim; 2.Regular; 3-Bom; 4- Muito bom; ou 5-Excelente):

CRITÉRIOS		PESOS					
		0	1	2	3	4	5
1.	Assiduidade						
2.	Pontualidade						
3.	Capacidade teórica (domínio e atualização dos assuntos)						
4.	Utilização de diferentes técnicas de ensino com o objetivo de favorecer a aprendizagem						
5.	Disponibilidade para tirar dúvidas, no tempo programado						
6.*	Habilidade de comunicação com pacientes e acompanhantes						
7.	Relacionamento com o Grupo						
8.	Facilitação da participação dos Residentes nas atividades						

* Item acrescido para o instrumento do HUUFMA

COMENTÁRIOS – SUGESTÕES (utilize o verso, se necessário):